Lane Medical Library

Über
Bauchdeckenfibrome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 19. September 1893,

Nachmittags 1 Uhr,

öffentlich verteidigen wird

Reinhold Stanulla

Assistenzarzt an der Kgl. Psychiatrischen Klinik in Greifswald.

Opponenten:

von Lepel, stud. phil.
Dorbritz, cand. med.
Halfter, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0347

Seinen teuren Eltern

und dem Andenken des verstorbenen

Kgl. Amtsrats Heller

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Stets haben die Geschwülste der Bauchdecken die Aufmerksamkeit des Chirurgen, insbesondere der Gynäkologen, auf sich gelenkt. Dieses bei Gynäkologen hervorgerufene Interesse für Tumoren der Bauchdecken und von letzteren wieder der Fibrome findet man sehr erklärlich, wenn man bedenkt, dass Fibrome der Bauchdecken fast ausschliesslich bei Frauen, die geboren haben, sich zeigten, dass sie ferner einer eingreifenden Operation zugänglich sind, ohne dabei die Patientin in bedenkliche Lage zu bringen.

Ganz besonders fällt der Umstand ins Gewicht, dass nicht selten diese Neoplasmen mit dem Peritoneum verwachsen sind und dann nur einer ausgiebigen Operation weichen.

Aber auch die Schwierigkeit, welche sie in ihrer Beurteilung bezüglich ihrer Lokalisation bieten, lässt dem Gynäkologen diese Neoplasmen beachtenswert erscheinen.

Gehen wir nun über zu dem Wesen des Fibroms, für das auch noch andere Bezeichnungen gebraucht werden wie: Fibroid, Desmoid, Tumor fibrosus.

Den Kern dieser Geschwülste bildet das Binde-

gewebe; ja wir können sagen, dass es fast ausschliesslich in ihm vertreten ist. Es wäre also der Scirrhus, welcher auch in seiner Malignität sich wesentlich vom Fibrom unterscheidet, hiervon zu trennen. Ebenso gehören hierher nicht die früher mit dem Namen Fibroide bezeichneten Geschwülste, die sich später bei genauerer Untersuchung als Myome oder Fibromyome entpuppten, da ihr wesentlicher Bestandteil glatte Muskelfasern sind.

Ferner kann bei oberflächlicher Beachtung eine Geschwulstform, nämlich das Sarcom zu einer Verwechselung mit dem Fibrom Anlass geben, wenn man bei der mikroskopischen Untersuchung kein Auge für die bei Sarcomen als Wesen in die Erscheinung tretende, reichlichere Entwickelung der zelligen Elemente hat.

Schliesslich wären noch einige Verwandte des Fibroms zu erwähnen, welche sich in der Gestalt des Myxoms, Glioms, Chondroms, Osteoms und des Lipoms zeigen. Das Fibrom κατ' ἐξοχήν tritt nun in zwei Formen auf und zwar als Fibroma durum und Fibroma molle. Ersteres zeichnet sich durch das Vorhandensein eines derben, harten, dicht aneinander gedrängten Bindegewebes aus, wie man es an der äusseren Haut, den Faszien u. s. w. findet; letzteres verdankt seine Bezeichnung dem Überwiegen eines weichen, maschigen Zellengewebes.

Betrachten wir zunächst das harte Fibrom makroskopisch, so zeigt sich uns dasselbe in der Gestalt

bestimmt begrenzter, gewissermassen in einer Kapsel liegender Geschwülste, die in ihrer Grösse sehr variabel sind und zwischen Hirsekorn- und Manneskopfgrösse schwanken. Ihre Gestalt ist meist rundlich; an den grösseren Tumoren bemerkt man oft einen lappigen Bau. Durchschneidet man ein solches Gebilde, so ist man nicht wenig über die Festigkeit desselben in seiner Zusammensetzung erstaunt. Die Schnittfläche ist weiss glänzend, ähnelt den Sehnen und ist von trockner Beschaffenheit; nur selten lässt sich eine synoviaartige Flüssigkeit abstreifen. Hin und wieder kann man mit blossem Auge die kreisförmig angeordneten Fibrillen erkennen.

Das mikroskopische Bild lässt uns das Wesen der Fibrome noch deutlicher erkennen und setzt uns meist in den Stand, es von anderen Gebilden zu unterscheiden.

Im mikroskopischen Schnitt sieht man die Bindegewebsfasern in Gestalt dicht verfilzter Bündel von Fibrillen angeordnet, in welche mehr oder weniger zahlreiche, zellige Elemente, die sogenannten Bindegewebskörperchen, eingesenkt sind. Ferner erkennt man ein reich entwickeltes Netz von Capillaren.

Was nun den Sitz des Bauchdeckenfibroms anlangt, so ist derselbe ein sehr verschiedener. Es kann seinen Ausgang nehmen vom subcutanen Zellgewebe, ferner von dem Perichondrium und dem Periost der Rippen sowohl wie des Beckens; auch die Aponeurose des Bauches kann ihm als Ent-

stehungspunkt dienen. Ja selbst von der Muskulatur des Rectus abdominis hat man Ursprünge des Fibroms gesehen.

Die Bauchdeckenfibrome wachsen sehr langsam, mit der Grösse eines Hanfkornes beginnend. Allmählich wird das Gewebe der Nachbarschaft verdrängt, indem die Muskeln durch den Druck atrophieren und schwinden. So kommt es, dass das Neoplasma häufig wie in einer Kapsel liegt, aus der es sich leicht ausschälen lässt. Erfolgt das Wachstum nach der Bauchhöhle zu, so wird zunächst das properitoneale Gewebe durch den Reiz entzündet; ihm folgt das Peritoneum, und schliesslich ist der Tumor mit der Bauchserosa innig verwachsen, so dass man glauben möchte, es handle sich um eine maligne Geschwulst. Dies ist aber selten der Fall, vielmehr ereignet es sich oft, dass reine Fibrome mit dem Peritoneum so innig verwachsen, dass sie ohne Verletzung desselben nicht entfernt werden können.

Was die klinische Bedeutung des Bauchdeckenfibroms betrifft, so verläuft dasselbe in seinem Anfangsstadium ziemlich symtomenlos; erst wenn mit seinem Wachstum die Nachbarschaft in Angriff genommen wird, kommt es zu Störungen der Circulation und zu Belästigungen der Patientin. Aber zu eigentlichen Gesundheitsstörungen kommt es erst dann, wenn die Geschwulst eine bedeutende Grösse erreicht hat, wie eine solche von K. v. Rockitansky beschrieben wird. Dieses Neoplasma nahm drei Centi-

meter breit über dem Nabel seinen Anfang und hing schliesslich bei einem Gewicht von zweiunddreissig Pfund bis zu den Knieen herab. Dass bei dieser Ausdehnung Complicationen ernster Natur, die das Leben bedrohen können, eintreten, liegt auf der Hand. Es sind dies aber nur Ausnahmefälle, weil gewöhnlich schon früh die Hülfe des Arztes aufgesucht wird. Andererseits kann es aber, wenn auch selten, zu einer sakromatösen Entartung des Tumors kommen, bei welcher die zelligen Elemente überhand nehmen. Damit wird die Prognose eine ungünstige, wenn nicht früh operativ vorgegangen wird.

Auch noch einen anderen Ausgang können diese Tumoren nehmen. Nach längerem Bestehen nämlich können sie eine Verkalkung eingehen, welche teils begrenzt, teils diffus ist.

In den Centralteilen kommt auch Fettmetamorphose vor. Diese Teile nehmen eine gelbliche Farbe an, werden weicher und bilden, indem sie zerfallen, Hohlräume, welche mit fettigem Material gefüllt sind. Neben dieser fettigen Erweichung kommt es auch zu einer ödematösen Veränderung, bei welcher man im Durchschnitt sulzige Partieen sieht, aus denen eine klebrige, leicht gerinnende Flüssigkeit ausgedrückt werden kann. Diese ödematöse Veränderung beruht auf einer Quellung der Fasern und Auseinanderdrängung derselben.

Streng von dieser ödematösen Entartung zu sondern sind die myxomatösen Fibrome, welche auf

einer Neubildung von Schleimgewebe beruhen und leicht einen malignen Charakter annehmen, indem sie sarkomatös entarten. Wie schon gesagt, kommen diese Veränderungen nur bei grösseren Tumoren vor und lassen sich wohl dadurch begründen, dass bei dem bedeutenden Wachstum der Druck der Umgebung auf die Gefässe hemmend wirkt, und so die Ernährung beeinträchtigt wird.

Die Diagnose der Bauchdeckenfibrome stützt sich auf den Nachweis einer streng umschriebenen, harten und unter der Haut verschieblichen Geschwulst. Von Wichtigkeit für die Prognose und Therapie ist es, zu erfahren, von wo der Tumor seinen Ursprung nimmt, da es offenbar ein wesentlicher Unterschied ist, ob das Neoplasma von den Faszien, den Muskeln, der Haut des Abdomens oder etwa vom Peritoneum ausgeht.

Während im ersten Fall die Operation eine verhältnismässig leichte und ungefährliche ist, kann sie im letzteren schwierig und gefahrbringend werden, weil sie dann einer Laparatomie gleichkommt.

Die Gefährlichkeit letzterer Operation wird uns trotz der heutigen Antisepsis nicht Wunder nehmen, weil das Peritoneum gewissermassen eine Vita minima hat und so leicht zu Entzündungen neigt.

Die Differentialdiagnose hat ihr Augenmerk zu richten auf: Exudate des Peritoneums, welche abgekapselt sind und leicht ein Fibrom vortäuschen

können; ferner auf Tumoren des Ovariums und Renaltumoren, welche extraperitoneal liegen.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen über Bauchdeckenfibrome will ich mir erlauben, einen Fall zu beschreiben, welcher im Sommersemester 92 in der gynäkologischen Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice zur Operation kam.

Anamnese: Frau R. aus Ferdinandshof, 26 Jahr alt. Patientin, welche von mittlerer Grösse und mässig entwickelter Muskulatur ist, ist bis zum vierzehnten Jahre immer gesund gewesen. Ihre Menses erfolgten vom vierzehnten Jahre an regelmässig und ohne Schmerzen. Die letzte trat am 22. Februar 1892 ein, war sehr stark und dauerte 14 Tage lang. Seit 7 Jahren ist die Kranke verheiratet. Von ihren 6 Kindern sind alle gesund. Die Geburten waren leicht. Das Wochenbett verlief normal bis auf das letzte, wo Patientin fieberte und 14 Tage lang das Bett hüten musste. Vor etwa 4 Jahren bemerkte sie eine bohnengrosse Geschwulst der Bauchdecken, welche die Symphyse etwas überragte. Seitdem ist sie, in der Zeit der letzten Gravidität besonders zunehmend, zu ihrer jetzigen Grösse eines Gänseeies herangewachsen. Zu gleicher Zeit machten sich bei ihr Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite bemerkbar. Der Uterus ist etwa birnengross und liegt normal; die Parametrien sind frei. Rechts von der Linea alba, einige Centimeter oberhalb der Symphyse beginnend, liegt eine derbe Geschwulst von

ungefähr Faustgrösse, welche mit mehreren hinteren und dazwischen liegenden Einziehungen versehen ist. Die Haut über derselben ist beweglich, der Tumor selbst auf seiner Unterlage dislocierbar; nach unten zur Symphyse hin verläuft ein Strang, der die Beweglichkeit des Tumors nach oben behindert. Die Palpation bereitet der Patientin keine Schmerzen. Durch die Percussion wird über dem Tumor gedämpfter Schall festgestellt, der nach der Umgebung zu in tympanitischen übergeht. Aus der bimanuellen Untersuchung ergiebt sich, dass die Geschwulst weder mit den Ovarien noch mit sonstigen Organen des Beckens oder des Abdomens verbunden ist; vielmehr ist aus dem Umstande, dass die Geschwulst sich bei erschlafften Bauchmuskeln umgreifen lässt, der Schluss berechtigt, dass es sich um eine in den Bauchdecken gelegene Geschwulst handelt.

Klinische Diagnose:

Fibrom der Bauchdecken.

Operation in Chloroformnarcose am 3. VIII. 92.

Patientin, welche für die Laparatomie vorbereitet ist, wird auf den Rücken gelagert. Nachdem dieselbe chloroformiert worden ist, wird das Operationsgebiet sorgfältig zunächst mit Wasser und Seife, dann mit Alkohol und zum Schluss mit Sublimat (1 : 1000) gewaschen, während die Umgebung zum Zweck der Asepsis mit sterilisierten Tüchern bedeckt wird. Ein Längsschnitt von 8 Centimeter

Länge durchtrennt die Bauchdecken bis auf den Tumor, welcher von einer derben, fibrösen Scheide bedeckt ist. Das Neoplasma wird nun von oben, unten und von vorn aus dieser Scheide manuell herausgelöst; dabei müssen einige derbe Stränge durchschnitten werden; sodann wird es mit einer dreizackigen Zange gefasst und stark nach oben gezogen, so dass es gelingt, auch unten die Geschwulst aus dem verhältnismässig lockeren, präperitonealen Bindegewebe herauszuschälen. Es findet bei dieser Operation an keiner Stelle eine Eröffnung des Peritoneums statt. Zur völligen Entfernung des Tumors muss der Musculus rectus oben an einer Stelle in einer Breite von 3 Centimetern durchschnitten werden. Die daraus folgende Blutung wird durch Unterbindung gestillt. Die durchtrennte Rectusscheide wird durch eine fortlaufende Katgutnaht genau vereinigt. Darauf werden die Hauträndер durch Seidenknopfnähte vereinigt und ein Heftpflasterverband angebracht.

Weiterer Verlauf.

Patientin ist in den nächsten Tagen fieberfrei und fühlt sich wohl.

25. V. 92. Es erfolgt die Herausnahme der Seidennähte; die Wundlinie zeigt sich als glatt geheilt.

4. VII. 92. Patientin wird als geheilt mit einer Bauchbinde entlassen.

Dieselbe befindet sich nach ihrer Angabe jetzt ganz wohl und kann ihren Arbeiten ohne Beschwerde nachgehen.

Anatomische Untersuchung.

Die entfernte Geschwulst zeigt sich als ein Gebilde von der Grösse eines Gänseeies und ist in eine bindegewebige Kapsel eingeschlossen. Es wird ein frischer Schnitt angelegt; derselbe weist eine grauweisse Farbe auf und ist gleichmässig glatt. Dabei fühlt er sich ziemlich hart an und zeigt einen faserigen Bau. Im mikroskopischen Bilde sieht man eine Unmenge grösserer und kleinerer Bindegewebsbündel, welche gleich einem Gitterwerk miteinander verfilzt sind. Zwischen den Fibrillen liegen hin und wieder Spindelzellen zerstreut.

Anatomische Diagnose: Fibrom.

In dem oben beschriebenen Falle haben wir den Typus eines reinen Fibroms vor uns. Denn das Wachstum erfolgte von der Rectusscheide aus; ferner entstand die Geschwulst ganz allmählich, fast unbemerkt, um während der Gravidität schnell zu wachsen. Schliesslich finden wir das Gebilde bei einer Frau, die mehrere Schwangerschaften durchgemacht hat.

Wir kämen nunmehr zur Erörterung der Ätiologie der Fibrome. Quot capita, tot sensus, heisst's auch hier; denn zur Zeit giebt es keine allgemeine anerkannte, einheitliche Theorie der Ursachen der Geschwülste. Jeder Forscher hat seine eigene, von anderen Forschern abweichende Ansicht über diese Neoplasmen, weil es eben eine ganze Anzahl von Entstehungsursachen giebt, von denen der eine diese, der andere jene für sich verwertet. So verteidigt

Graetzer die Theorie als die ihm am meisten einleuchtende, nach welcher die Bauchdeckenfibrome ihren Grund in versprengten Entwickelungskeimen haben. Es wäre also nach ihm jedes Fibrom schon im Embryo angelegt und durch irgend welche Reize käme es später zur Entwickelung. Als einen dieser Reize betrachtet er den Affluxus sanguinis bei der Schwangerschaft. Hierzu komme noch, dass bei der Gravidität die Bauchhaut, namentlich der Multiparae, sehr an Widerstandskraft verloren habe und so die Entwickelung der Tumoren nicht hindere. Thatsache ist es ja, dass namentlich bei Mehrgebährenden Fibrome häufig sind, und man wird schliesslich für seine Ansicht gewonnen, wenn man bedenkt, dass die hintere Rectusscheide so häufig den Ausgangspunkt für Fibrome abgiebt. Gerade der Übergang, welcher hier von fibrösem, zu serrösem Gewebe statthat, lässt eine Verirrung von Keimen während der Entwickelungszeit leicht erklärlich erscheinen. Wenn Graetzer aber jede traumatische Ursache zurückweist, so setzt er sich zu den eingehenden Forschungen der Neuzeit in Widerspruch.

So behauptet Herzog in seiner Schrift: „Das Fibrom der Bauchdecken", München 1885, dass die Bauchdeckenfibrome durch Muskelhämatome bedingt werden. Als Unterlage seiner Behauptung dient ihm dabei ein von Ebner veröffentlichter Fall.

Einer Frau waren, während sie stand, gefüllte Mehlsäcke auf die Schultern gefallen. Sie empfand

von jener Zeit an einen brennenden Schmerz in der Bauchwand. Nach nicht langer Zeit gewahrte sie handbreit unter dem Nabel in der Mitte der Bauchwand einen festen Knoten, der sich leicht verschieben liess. Aus dem Knoten wurde schliesslich eine Geschwulst, welche bei der Aufnahme der Patientin die Grösse eines Kindskopfes hatte. Die Operation förderte ein reines Fibrom zu Tage, welches mit dem Musculus rectus innig verwachsen war. Die Entstehungsart dieses Fibroms erklärt nun Herzog dahin, dass er das Blutextravasat eine Organisation eingehen und ähnlich dem Knochencallus einen Muskelcallus werden lässt, der sich dann durch übermässige Wucherung, wie sie sich beim Callus luxurians findet, zu einer Geschwulst entwickelte.

Und in der That findet sich auch bei einer Reihe von veröffentlichten Fällen ein Trauma als vorausgegangenes Entstehungsmoment. So constatierte von Essmarch bei einer grösseren Anzahl von Fibromen, die er zu operieren hatte, ein Trauma.

Indessen so glaublich uns auch die Theorie scheinen mag, welche sich auf ein Trauma stützt, so giebt es doch eine grosse Zahl von Fällen, wo ein Trauma nicht vorliegt oder wo die Angaben der Patienten nicht zuverlässig sind, weil sich viele einbilden, ihr Leiden müsse von einem irgend einmal erhaltenen Stosse, der schliesslich doch nur in ihrer Phantasie existiert, herrühren.

Wir können also diese Theorie auch nicht als

für alle Fälle zutreffend betrachten und müssen noch in anderen Momenten die Entstehungsursachen suchen.

Sänger findet die eigentliche Ursache der Entstehung der Bauchdeckenfibrome in einer Summe chronischer Reize, wie sie sich bei allen entzündlichen Zuständen geltend machen. Und zwar versteht er unter diesen Reizen nicht blos solche chemischer Natur, wie man sie bei den entzündlichen Prozessen annehmen muss, sondern auch solche mechanischer, also auch traumatischer Art. Letztere denkt er sich als kleinste Wirkungen, die aber durch ihre ununterbrochene Dauer einen um so grösseren Einfluss hätten.

So erklärten sich die bei Gravidae vorkommenden Fibrome einfach durch den dauernden Reiz, welchen der stetig wachsende Uterus auf die Bauchdecken ausübe.

Eine gleiche Erklärung liesse sich für die häufige Entstehung des Unterlippenkrebses bei Pfeifenrauchern finden. Warum sollte nicht der durch die Pfeife dauernd ausgeübte Druck die Entstehung des carcinoma verschulden? Oder warum entwickelt sich so häufig gerade an solchen Stellen des Körpers, welche einer dauernden Reibung ausgesetzt sind, aus einem unscheinbaren Pigmentfleck ein bösartiges Melano-Sarkom? —

Was nun speziell unseren Fall angeht, so haben wir es mit einer Frau zu thun, welche öfter geboren hat und welche vor ihrer ersten Gravidität nichts von einer Geschwulst bemerkte. Erst in der Schwanger-

schaft stellte sich nach ihrer Angabe der Tumor ein, um jedesmal nach erneuerter Schwängerung zu wachsen.

Wenn man nun auch annehmen kann, dass der Tumor vielleicht schon vor der ersten Schwangerschaft in so minimaler Anlage vorhanden war, dass er übersehen wurde, so lässt sich doch nicht leugnen, dass die Gravidität von Einfluss auf diese Geschwulst war; denn ihr Wachstum ging mit letzterer Hand in Hand.

Es erübrigt nun noch, die Behandlung der Bauchdeckenfibrome zu besprechen.

Unzweifelhaft die rationellste und sicherste Therapie ist die chirurgische Entfernung des Tumors. Innere Mittel kommen für den Gynäkologen hierbei nicht mehr in Betracht.

Der chirurgische Eingriff muss so früh als möglich erfolgen; denn so lange die Geschwulst noch klein ist, ist sie gewöhnlich noch keine Verwachsung mit dem Peritoneum eingegangen. Man kann sie also ohne Verletzung des letzteren herausschälen. Dieses ist von grosser Wichtigkeit, weil trotz der Antisepsis das Peritoneum ein noli me tangere für den Chirurgen ist. Eine frühzeitige Operation ist auch deshalb dringend gerathen, weil die Bauchdeckenfibrome Metastasen eingehen können, so dass lebenswichtige innere Organe befallen werden und hierdurch ein exitus letalis bedingt wird.

Von einem chirurgischen Eingriff wäre dann abzusehen, wenn die Patientin gravida ist, weil infolge

eventueller starker Blutungen ein Abortus herbeigeführt werden könnte.

Was nun die Operation selbst anlangt, so wird dieselbe in der Weise ausgeführt, dass man einen Längsschnitt über den Tumor führt, welcher die Haut durchtrennt.

Nach Freilegung der Geschwulst wird dieselbe vorsichtig, wenn irgend möglich, ohne Verletzung des Bauchfells herausgeschält.

So lange es sich nur um eine Enukleation des Neoplasmas handelt, geht die Operation ja leicht von statten; wenn aber der Tumor grösser geworden und mit dem Peritoneum verwachsen ist, bieten sich bedeutende Schwierigkeiten, weil die Eröffnung der Bauchhöhle nötig ist. Ist nun gar die Verwachsung zwischen der Geschwulst und dem Bauchfell eine innige, so bleibt dem Chirurgen nichts anderes übrig, als das betreffende Stück des Peritoneums mit zu entfernen. Die dadurch geschaffene Öffnung wird, wenn es möglich, durch Vereinigung der durchtrennten Bauchfellränder mittelst Naht geschlossen oder, wie es von Esmarch bei grossen Defekten machte, durch einen Hautlappen gedeckt. Ist der Tumor entfernt, so werden die durchtrennten Muskeln, sowie die Haut sorgfältig durch versenkte Catgutnähte vereinigt. Nach Einlegung von Drainröhrchen zum Abfluss des Wundsekretes, wird ein trockener Jodoformverband angelegt, welcher acht Tage liegen bleibt, wenn sich

kein Fieber einstellt. Nach acht Tagen werden die Nähte entfernt und der Verband gewechselt.

Was schliesslich die Prognose der Bauchdeckenfibrome anlangt, so ist dieselbe eine günstige, wenn die Operation nicht zu spät erfolgt. Metastasen und Recidive gehören bei rechtzeitigem Eingriff zu den Seltenheiten.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, dem Herrn Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Pernice für die Überweisung und Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Billroth: Allgemeine chirurg. Pathologie und Therapie.

Ebner: Grosses Fibrom der Bauchdecken. Berl. Klin. Wochenschrift 1873 p. 172.

Herzog: Über Fibrom der Bauchdecken. München 1883.

Sänger: Über prim. desmoide Geschwülste der ligg. lata. Archiv für Gynäkologie. Bd. XVI, Heft 2.

Sänger: Über desmoide Geschwülste der Bauchwand und deren Operation mit Resektion des Peritoneum parietale. Archiv für Gynäkologie XXIV p. I.

Realencyclopaedie: Fibrome.

Westphal: Über Bauchdeckenfibrome. (Inaugural-Dissertation).

Lebenslauf.

Reinhold Stanulla, Sohn des Kaufmanns Dominik Stanulla und seiner Ehefrau Marie geb. Praetor, wurde am 26. Januar 1863 zu Radstein, Kreis Neustadt O./Schl., geboren. Im Alter von 11 Jahren wurde er als Quartaner des Gymnasiums zu Neustadt O./Schl. aufgenommen. Als Primaner verliess er das Gymnasium, um in die Verwaltung der indirecten Steuern als Supernumerar einzutreten. Wegen Überfüllung dieses Dienstzweiges liess er sich 1885 von der Kgl. Eisenbahndirection zu Breslau als Civilsupernumerar für den Büreaudienst notieren. Nachdem er $2^1/_2$ Jahr aushülfsweise als Civilsupernumeraranwärter beschäftigt worden war, und seine Einberufung als Supernumerar wegen Überfüllung durch Militäranwärter immer nicht erfolgte, entschloss er sich im Alter von 25 Jahren auf das Gymnasium zu Neustadt zurück zu gehen. Hierselbst bestand er im Februar 1888 das Abiturientenexamen. Seit Ostern 1888 widmete er sich auf der Universität zu Greifswald dem Studium der Medizin. Im November 1890 bestand er das Tentamen physicum, August 1892 das Tentamen medicum und das Examen rigorosum, Juli 1893 das Staatsexamen. Während seines Studiums auf der Universität Greifswald hörte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Gerstaecker, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Oberbeck, Pernice, v. Preuschen, Peiper, Schirmer, Schulz, Schmitz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser hiermit seinen wärmsten Dank aus; besonders aber dem Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Pernice und Herrn Professor Dr. Helferich, in deren Kliniken er als Volontair thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Die Einführung von Schulärzten ist notwendig.

II.

Das einzig rationelle Verfahren bei Bauchdeckenfibromen ist die Operation derselben.

III.

Das Entmündigungsverfahren der Jetztzeit bedarf einer Änderung.